

별표1 2025년 재가기관 월 이용료(*본인부담금 10원 미만 절사)

1. 장기요양서비스 월 한도액

(단위 : 원)

구분	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인자치원등급
월 한도액(100%)	2,306,400	2,083,400	1,485,700	1,370,600	1,177,000	657,400
월 한도액(110%)	2,075,760	1,875,060	-	-	-	-
월 한도액(120%)	-	-	1,782,840	1,644,720	1,412,400	-

2. 이용료 및 월 본인부담금

1) 방문요양

(단위 : 원)

시간	이용료		월(20회) 본인부담금		
	1회 기준	월 20회 기준	15%	9%	6%
30분	16,940	338,800	50,820	30,490	20,320
60분	24,580	491,600	73,740	44,240	29,490
90분	33,120	662,400	99,360	59,610	39,740
120분	42,160	843,200	126,480	75,880	50,590
150분	49,160	983,200	147,480	88,480	58,990
180분	55,350	1,107,000	166,050	99,630	66,420
210분	61,670	1,233,400	185,010	111,000	74,000
240분	68,030	1,360,600	204,090	122,450	81,630

2) 방문목욕

(단위 : 원)

분류	이용료		월(4회) 본인부담금		
	1회 기준	월 4회 기준	15%	9%	6%
차량이용(차량 내)	84,670	345,920	51,888	31,133	20,755
차량이용(가정 내)	76,340	311,880	46,782	28,069	18,713
차량 미이용	47,670	194,760	29,214	17,528	11,686

3) 방문간호

(단위 : 원)

분류	이용료(1회)	월(1회) 본인부담금		
		15%	9%	6%
30분 미만	41,710	6,250	3,750	2,500
30분 ~ 60분 미만	1,046,200	156,930	94,150	62,770
60분 이상	1,258,600	188,790	113,270	75,510

4) 주야간보호

(단위 : 원)

분 류		이용료		월(20일) 본인부담금		
시간	등급	1일 기준	월 20일 기준	15%	9%	6%
3시간 이상 ~ 6시간 미만	1	40,650	813,000	121,950	73,170	48,780
	2	37,630	752,600	112,890	7,730	45,150
	3	34,740	694,800	104,220	62,530	41,680
	4	33,160	663,200	99,480	59,680	39,790
	5	31,580	631,600	94,740	56,840	37,890
	인지지원(20일)	31,580	631,600	94,740	56,840	37,890
6시간 이상 ~ 8시간 미만	1	54,490	1,089,800	163,470	98,080	65,380
	2	50,470	1,009,400	151,410	90,840	60,560
	3	46,590	931,800	139,770	83,860	55,900
	4	45,000	900,000	135,000	81,000	54,000
	5	43,400	868,000	130,200	78,120	52,080
	인지지원(15일)	43,400	651,000	97,650	58,590	39,060
8시간 이상 ~ 10시간 미만	1	67,770	1,355,400	203,310	121,980	81,320
	2	62,780	1,255,600	188,340	113,000	75,330
	3	57,960	1,159,200	173,880	104,320	69,550
	4	56,380	1,127,600	169,140	101,480	67,650
	5	54,780	1,095,600	164,340	98,600	65,730
	인지지원(12일)	54,780	657,360	98,604	59,162	39,442
10시간 이상 ~ 13시간 이하	1	74,660	1,493,200	223,980	134,380	89,590
	2	69,160	1,383,200	207,480	124,480	82,990
	3	63,900	1,278,000	191,700	115,020	76,680
	4	62,290	1,245,800	186,870	112,120	74,740
	5	60,710	1,214,200	182,130	109,270	72,850
	인지지원	* 10시간 이상 서비스 불가				
13시간 초과	1	80,060	1,568,000	235,200	141,120	94,080
	2	74,170	1,452,600	217,890	130,730	87,150
	3	68,520	1,342,000	201,300	120,780	80,520
	4	66,930	1,310,800	196,620	117,970	78,640
	5	65,350	1,279,800	191,970	115,180	76,780
	인지지원	* 10시간 이상 서비스 불가				

※ 1~2등급 월 한도액 110%, 3~5등급 월 한도액 120%

※ (주의) 주야간보호(일반실) 월 15일(일 8시간 이상) 이상 이용하더라도 가족인 요양보호사에 의한 방문요양급여 이용 시 재가급여 월 한도액 추가 산정(120%) 미적용

5) 단기보호

(단위 : 원)

등급	수가		본인부담금(1일 기준)		
	1일	9일 기준	15%	9%	6%
1등급	70,500	647,730	97,160	58,290	38,860
2등급	65,280	599,760	89,960	53,970	35,980
3등급	60,310	554,040	83,100	49,860	33,240
4등급	58,720	539,460	80,910	48,550	32,360
5등급	57,110	524,700	78,700	47,220	31,480

※ 단기보호기관 한시적 지원금 : 1인당 월 100,000원, 단 월 4일 이하인 수
 복자의 경우 월 50,000원을 산정한다.(최초 산정 월 36개월부터 월 1회 산
 정한다.)